# Zur Frage der Überlagerung organischer Nervenleiden durch Hysterie.

Ein Fall alter Apoplexie mit Hysterie.
Aus der Kgl. med. Poliklinik in München.
(Professor May.)

---

## Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

ACAD.
LMED.BAT.
BIBL.

einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

**Alfred Bochynek**
aus Bahn in Pommern.

---

Berlin 1911.

Referent:
Herr Geh. Rat Prof. Dr. v. Bauer.

Buchdruckerei A. W. Schade, Berlin N. 39, Schulzendorferstr. 26.

Meinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545808_0018

Komplikationen organischer Nervenleiden mit Hysterie haben in den letzten Jahrzehnten vielfach Interesse erregt, sowohl theoretisch wie auch praktisch für die Unfallbegutachtung. Die in der Literatur veröffentlichten Fälle betrafen:

Dystrophia musculorum progressiva (Erb),
Facialis-Lähmung (von Frankl Hochwart),
Lähmung der 3 Armnerven (Determann),
traumatische Axillaris-Lähmung (Hüttenbach),
Radialis-Neuralgie (Negri),
Ischias (Hüttenbach),
multiple Sklerose, seltener Tabes (Meyer),
Syringomyelie (Schönborn),
Tetanie, Chorea (Schönborn),
Paralysis agitans (Chabbert),
traumatische Paralysis agitans (Hüttenbach).

Apoplexie habe ich nicht in der Literatur gefunden. Die Bereicherung der Casuistik durch einen derartigen Fall, der also eine Überlagerung eines zentralen Leidens betrifft, wird darum nicht überflüssig sein. Theoretisch bietet er viel Interessantes und praktisch könnte er wohl ein Schema für ähnliche Fälle sein, wenn er auch selbst keine Unfallbegutachtung erfordert hat.

Der Fall bietet aber auch sonst noch manches Bemerkenswerte, was vielleicht auch für das Studium der Hysterie nicht ohne Belang ist. Die Ansichten über das Wesen und die Entstehung der Hysterie sind ja heute durchaus noch nicht einheitlich und geklärt. Immerhin stimmen in einem wohl alle Forscher mit Binswanger überein, nämlich, daß die Beeinflußbarkeit aller Innervationsvorgänge durch psychische Einwirkungen ein kennzeichnendes Merkmal der hysterischen Veränderung ist, aber in der Wertschätzung der einzelnen psychischen Funktionen gehen

die Autoren schon weit auseinander. Binswanger betont die Macht der Affekte. Oppenheim sieht in der gesteigerten Affekterregbarkeit geradezu das Grundphänomen der Hysterie. Ähnlich O. Vogt. Demgegenüber legt Möbius den Hauptwert auf Vorstellungen, spricht auch von unbewußten Vorstellungen. Für Binswanger aber ist nach Ziehens Lehre nur das im Bewußtsein Gegebene psychische Erscheinung. Das Unterbewußtsein — ein Ausdruck, der bei den Autoren vielfach synonym mit Unbewußtsein gebraucht wird — spielt aber bei Janet, Sollier, Breuer und Freud eine ausschlaggebende Rolle.

Die Frage nach der Entstehung der hysterischen Zustandsveränderung beantworten die meisten mit Heredität (Charcot), während besonders Binswanger eine Entstehung intra vitam zuläßt. Binswanger läßt auch manche hysterische Symptome durch pathologische Erregbarkeitsveränderung der Hirnrinde entstehen, ohne psychischen Faktor.

Man sieht, es sind mannigfaltige Gegensätze unter den Autoren vorhanden. Ich maße mir nicht an, an der Hand eines Falles diese Vieltätigkeit beseitigen zu können, aber ich glaube doch, einige interessante Untersuchungen an unseren Fall knüpfen zu dürfen. Meine erste Aufgabe wird jedoch sein, die hysterische Überlagerung zu besprechen.

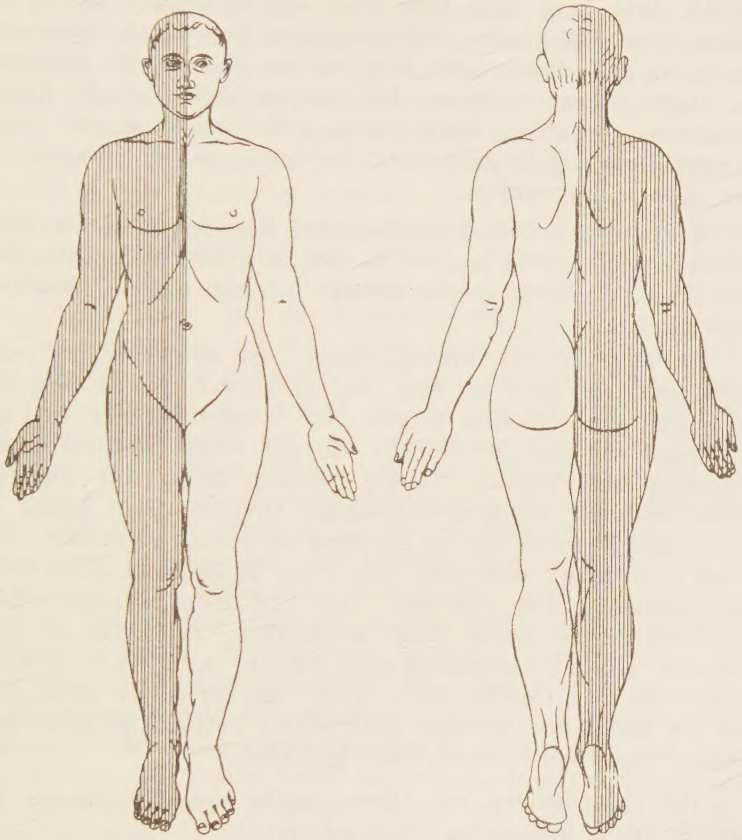
## Krankengeschichte.

Frau W. K., Metzgerswitwe, 59 Jahre alt.

Erste Untersuchung in der medizinischen Poliklinik am 18. VIII. 1909.

Anamnese: Von hereditären Verhältnissen ist bemerkenswert, daß die Mutter, wie die Patientin von ihren Brüdern erfahren hat — sie selbst hat ihre Mutter nicht gekannt — nervös gewesen ist. Vater und zwei Schwestern sind an Wassersucht, 4 Brüder an Herzfehlern gestorben. Patientin hat 5 Kinder in frühem Alter verloren. Selber hat Pat. dreimal Lungenentzündung gehabt, Wochenbettfieber beim 3. Kind. Vor 6 Jahren, 1904, hat Pat. einen Schlaganfall mit rechtseitiger Lähmung, die dann allmählich geschwunden ist, erlitten. Die Menses waren seit dem 18. Lebensjahr regelmäßig sehr stark. Sie haben plötzlich mit 50 Jahren aufgehört. Auch schon vor dem Schlaganfall hatte Pat. öfter Kopfdruck, Herzklopfen, Schwindel, Zittern, schlechten Schlaf und Übelkeit, die momentan schwand, ehe Pat. noch dem Brechverlangen

nachkommen konnte. Diese Symptone sind z. T. geschwunden, z. T. geblieben. Im August 1909 hatte Pat. besonders über Stechen in der Herzgegend zu klagen, ein Stechen, das nach dem Trinken von Flüssigkeit besser wurde. Auch hatte sie damals Schmerzen in der rechten Gesäßgegend, besonders beim Aufstehen und Gehen.



Frau W. Kr. Die ausgezeichneten Stellen sind anästhetisch; die dunklere Partie rechts vom Sternum ist eine unsichere Zone.

Die tägliche Urinmenge war angeblich nicht mehr als etwa 1 Quart; aufgetriebener Leib und angeschwollene Beine wechselten ab. Am 10. oder 11. August 1909 hatte Pat. krampfartige Schmerzen in der Nabelgegend, die sich dreimal in der Nacht wiederholten. Am Morgen danach bemerkte Pat. Blut in der Wäsche. Das Bluten

aus dem Genitale hörte nach einer Tamponade auf. Seit jener Zeit besteht Brennen beim Wasserlassen, besonders gegen den Schluß. Im Mai 1910 kam beim Urinieren in der Poliklinik wieder Blut aus den Genitalen. Darauf hatte Pat. wehenartige Schmerzen um den Nabel. Das Bluten hörte nach Tamponade nicht, erst nach Curettage auf. Die Schmerzen kommen noch jetzt zeitweilig wieder. Pat. hatte dann noch über Atemnot und Stechen in der linken Seite, Herzklopfen, Schwindel beim Aufschauen, Schmerzen im Kreuz und rheumatische Beschwerden über beiden Schultern zu klagen. Jetzt belästigen Pat. hauptsächlich noch die Kreuzschmerzen, besonders stark rechts, und Harndrang mit wenig Wasserlassen und Brennen beim Urinieren, sowie Schwäche in den rechten Extremitäten.

Status: Den Untersuchungsbefund teile ich im wesentlichen als abgerundetes Bild mit, wie es sich im ganzen dargeboten hat. Die Untersuchungsdauer war anfangs jedesmal etwa $1^1/_2$ Stunden, später kürzer.

Die Frau hat eine kräftige Statur, das Fettpolster ist stark entwickelt, der Hals ist kurz und dick, der Thorax breit mit stumpfem, epigastrischem Winkel. Die Temporalarterien sind geschlängelt und hart, die Radialis läßt sich rollen. An den Unterschenkeln sind Varicen. Ödeme bestehen nicht. Die Lungen haben normale, wenig verschiebliche Grenzen. Das Atmen ist leise. Das Herz ist um ein Geringes nach links verbreitert. Die Töne sind leise, aber rein. Der Puls ist gespannt (Riva-Rocci am linken Arm 180 — 190 mm). Das Abdomen ist aufgetrieben, tympanitisch, bei tiefem Druck empfindlich. Die Leber ist nicht palpabel, anale Untersuchung ohne Befund. Der Urin ist schwach sauer vom spez. Gewicht 1015 — 1020. Zucker ist nie vorhanden. Bei der Kochprobe ist eine ganz leichte Trübung zu bemerken. Einmal wurde ein Epithelzylinder gefunden.

Die Untersuchung der Ohren ergibt eine Erkrankung des inneren Ohres beiderseits, rechts schwerer.

Trommelfell normal, rechts wie links.
Flüstersprache: rechts nicht, links 5 cm »7«.
Konversationssprache: R 10 cm »7«.
L 5 — 6 m.
a′ r Scheitel 1 — x.
Rinne a′ r R — x L + 10.

Die Prüfung der Augen ergibt:

Keine Stauungspupille. Pupillen reagieren normal. Das Gesichtsfeld ist für rot annähernd auf beiden Augen normal, für weiß konzentrisch eingeschränkt, rechts stärker als links.

Wassermann: negativ.

Nervensystem:

Motilität: Facialis und Hypoglossus sind intakt. Die Zunge wird ohne Zittern vorgestreckt, auch das Mundspitzen geschieht ordentlich. Die rohe Kraft ist im rechten Arm bedeutend herabgesetzt. Bei der Aufgabe, mit der rechten Hand die Nase zu fassen, versagt Pat. Der Arm macht grobe Gegenbewegungen und sinkt plötzlich kurz vor dem Ziel zurück, nur auf energisches Zureden gelingt einmal der Versuch. Auch der Aufforderung, die Hand zu geben, kommt Pat. in gleicher unvollkommener Weise nach. Beim Verabschieden aber gibt sie jedesmal ganz ordentlich die Hand. Auch sonst ist die Bewegung bei Ablenkung im rechten Arm ohne Fehler. Bei der Perimeterprüfung allerdings vermag Pat. das rechte Auge mit der rechten Hand nur zuzuhalten, nachdem sie die rechte Hand mit der linken ans Auge herangeführt hat. Ganz ähnlich ist das Bild, als Pat. den rechten Hacken auf das linke Knie legen soll. Sie schiebt das rechte Bein auf der Unterlage in ruckweisen Stößen bald vor und zurück, bleibt aber mit dem Fuß in der geforderten Richtung, ohne nach rechts oder links abzuweichen. Beim Gehen ist von einer ähnlichen Unordnung nichts zu bemerken. Pat. schleppt das rechte Bein wenig nach, aber ohne ausfahrende Bewegungen, auch ohne Circumduction. Pat. vermag nicht den rechten Arm in einer bestimmten Stellung zu halten. Er fällt sofort herunter. Aber es bleibt der Arm ruhig in der gegebenen Lage, wenn man ihn bei der Sensibilitätsprüfung erhebt und unversehens losläßt. Bei passiven Bewegungen zeigen sich starke Spasmen im rechten Arm und Bein. Die Spasmen des rechten Armes lassen sich durch rasches Beugen und Strecken in der Ellbeuge überwinden. Pat. macht die Bewegungen weiter, als der Untersucher schon den Arm losgelassen hat. Auch wenn man unversehens, wie z. B. während der Untersuchung mit dem Augenspiegel, den Arm beugt, ist von Spasmus keine Spur zu finden. Ebenso ist bei unvermuteter Bewegung während der Blutdruckmessung weder von Spasmen, noch von Ataxie etwas zu bemerken.

An den Fingern der rechten Hand fallen athetotische Stellungen und Bewegungen auf. Eine Kontrakturstellung des rechten Armes besteht nicht.

### Sensibilität.

Die rechte Körperseite erweist sich in folgenden Grenzen als unempfindlich für leichte Berührung mit Watte, tiefe Nadelstiche, spitz und stumpf, warm und kalt. Am Kopf und Gesicht ist die Grenze die Mittellinie. — An der Brust ist etwa ein Fingerbreit nach rechts von der Medianlinie eine unsichere Zone, am unteren Drittel des Sternums ist sie etwas breiter. Am Abdomen ist die Grenze wieder schärfer die Mittellinie; sie geht auch durch die Rima pudendi, so daß auch hier die rechte Seite unempfindlich ist. An der Fußsohle ist der innere Fußrand bis etwa zur Mitte der Sohle frei. Auf diese gesunde Stelle macht die Pat. spontan bei der Untersuchung aufmerksam. Überhaupt wirft sie öfter die Bemerkung ein, sie fühle rechts nichts, sehe auf dem rechten Auge schlechter. Auf dem Rücken ist die ganze rechte Seite unempfindlich. Schließlich sind von Schleimhäuten noch beteiligt die rechte Zungenhälfte und das rechte Nasenloch. Am Auge besteht eine Anästhesie der Cornea derart, daß man rechts eine tiefe Delle eindrücken kann; nur im ersten Moment erfolgt ein geringes Lidzucken. Am linken Auge ist der Reflex nicht ganz so herabgesetzt. Der Würgreflex fehlt völlig.

Bezüglich hyperästhetischer und hysterogener Zonen erweist sich einmal beinahe der ganze Körper als druckempfindlich. Immerhin zeichnen sich doch folgende Stellen aus: Beim Druck auf die Gegend des Spitzenstoßes wird Pat. momentan übel. Bei der Herzperkussion bekommt Pat. einmal einen Anfall von Schütteln und Zittern. Bei tiefem Druck ist die Nabelgegend besonders empfindlich. Bei Druck auf die Gegend der Ovarien hat Pat. einmal ein »eigenartiges unangenehmes Gefühl«. Nicht druckempfindlich ist die Wirbelsäule, also keine Spinalirritation. In der rechten Hand hat Pat. ein »bremsiges« Gefühl, das sie wie pelzig beschreibt.

Pat. ist bei jeder Untersuchung durchaus bei der Sache. Als sie einmal bei der Prüfung auf Empfindung von spitz und stumpf dazwischen mit dem kalten Reagenzglas auf der linken Seite berührt wurde, antwortete sie prompt: kalt.

Noch folgende Einzelheiten sind hervorzuheben: Ganz tiefe Nadelstiche verraten auch in der Miene keinen Schmerz.

Bei Berührung der affizierten rechten Seite bewegt Pat. zuweilen die Lippen und spricht sogar zweimal ein leises »jetzt« aus.

Bei der Prüfung der Zunge auf Empfindung von spitz und stumpf spielt sich eine sehr interessante Szene ab. Bei Berührung

der rechten Zungenhälfte reagiert Pat. zunächst nicht, wie zu erwarten; bei der Berührung der linken reagiert sie wohl, aber nicht mit deutlicher Unterscheidung von spitz und stumpf. Pat. bekommt nun in die linke Hand einen Federhalter, die rechte muß sie zur Faust ballen. Sie soll nun bei spitz den Federhalter, bei stumpf die Faust erheben. Erfolg: Pat. erhebt den Federhalter in der linken Hand jedesmal bei Berührung der linken Zungenhälfte, gleichgültig, ob sie mit der Spitze oder dem Kopf der Nadel berührt wird. Bei Berührung der rechten Zungenhälfte krampft sich die rechte Faust, ohne aber erhoben zu werden.

Weitere Sensibilitätsprüfung ergibt Astereognosie und Fehlen der tiefen Sensibilität rechterseits. Mit der linken geschlossenen Hand erkennt Pat. Gegenstände sehr gut; rechts erklärt sie wieder, fühle sie überhaupt nichts. Passive Bewegungen an den linken Extremitäten gibt sie richtig an. Rechts gibt sie keine Antwort.

Die Geruchsprüfung geschieht mit Nelken, Pfefferminz, Bittermandelöl bei geschlosssenem Mund und Zuhalten des anderen Nasenloches. Mit dem linken Nasenloch wird alles sehr gut gerochen, mit dem rechten gar nichts.

Die Geschmacksprüfung geschieht an der Spitze und am Grunde der Zunge und am Gaumen mit Zucker, Kochsalz, Essigsäure, Chinin. An der Zunge fehlt rechts wie links jede Empfindung. Auf der linken Gaumenhälfte empfindet Pat. prompt; auf der rechten empfindet sie nichts. — Nur als ich einmal bei der Geschmacksprüfung der rechten Zungenhälfte plötzlich die rechte Gaumenhälfte berühre, mit Chinin, reagiert sie.

Psyche: Wie Pat. selbst angibt, hat sie nie gern Menschen um sich gehabt. Sie ist schon als Kind ohne Gespielen gewesen. Ihre Abneigung gegen Verkehr illustriert sie damit, daß sie bei den vorletzten Wirtsleuten weggezogen sei, weil diese zu oft zu ihr ins Zimmer gekommen seien. Anfangs ist bemerkenswert, daß Pat. sich gern untersuchen läßt. Sie erzählt gern von der Vorgeschichte ihres Leidens, sie scheint offenbar stolz darauf zu sein, ein so großes Interesse zu erwecken. Dementsprechend ist sie auch stets durchaus bei der Sache. Trotzdem sie ihr Leiden für ein schweres und ernstes hält, ist sie doch nicht traurig darüber; sobald aber ihre interessanten Symptome durch die Therapie zu schwinden beginnen, ändert sich ihr Wesen. Sie wird wehleidig, äußert Selbstmordgedanken, trotzdem man ihr ihre Besserung vorhält. Es treten die Kreuzschmerzen, die früher nur wenig geklagt wurden, bedeutend in den Vordergrund. Ihre Aufmerksam-

keit läßt entschieden nach. Eine Szene wirft ein helles Licht auf ihr Leben: Ich habe die Pat. im Röntgenzimmer untersucht. Während sie noch mit dem Anziehen beschäftigt ist, soll eine andere Pat. durchleuchtet werden. Sobald aber verdunkelt wird, beginnt sie furchtbar zu jammern, sie fürchte sich. Erst als ich sie bei der Hand fasse, beruhigt sie sich. Bezüglich des Intellekts fällt schon bei ganz rohen Proben ein großes Manko auf. Als ich sie Worte nachsprechen lassen will dauert es lange, ehe sie überhaupt begreift, was ich von ihr will, und noch länger, ehe sie das Wort begreift. Beim Rechnen geht das kleine Einmaleins ganz gut; aber z. B. $7 \times 14$ geht selbst mit Hilfe nicht. Es gibt ein grobe Verwirrung. Ein besonders mangelhaftes Gedächtnis ist nie aufgefallen.

Die Periost- und Sehnenreflexe sind an beiden Armen gleich normal. Das Strümpellsche Armphänomen gelingt in den ersten Untersuchungen vor der therapeutischen Beeinflussung nicht, weil Pat. grobe ausfahrende Bewegungen macht und gar nicht den rechten Arm bis zur Senkrechten erheben kann; später ist er insoweit positiv, daß der in Supination erhobene rechte Arm sich halb in Pronation dreht, während der gleichzeitig erhobene linke Arm in Supination bleibt. Von den Bauchdecken-Reflexen ist rechts nur der obere angedeutet, links besonders der mittlere lebhaft.

Flexion combinée du tronc et de la cuisse (Babinski) ist rechts zweimal nachzuweisen, die Prüfung dieses Phänomens geschieht so: Pat. liegt ausgestreckt auf dem Rücken; sie muß ohne Unterstützung den Oberkörper aufrichten bei gespreizten Beinen; dabei geht das affizierte rechte Bein gestreckt in die Höhe (infolge Schwäche der Muskulatur speziell Gleopsoas). Das Strümpellsche Tibialis-Phänomen ist nicht deutlich zu erkennen. Der Patellarreflex ist konstant rechts lebhafter als links. Der Oppenheimsche Tibialis-Streichreflex läßt sich wegen der Varicen nicht ordentlich prüfen. Der Bechterew-Mendel-Reflex ist nicht vorhanden. Der Babinskische Großzehen-Reflex ist wenigstens zweimal am rechten Fuß deutlich ausgeprägt.

Verlauf: Zum erstenmal wird Pat. am 21. Juni faradisiert unter gleichzeitiger suggestiver Beeinflussung. Pat. fühlt auch starken Primärstrom auf der rechten Seite nicht, während er links heftig schmerzt. Erst nach längerem Einreden gelingt es, eine Besserung bei der Pat. zu erzielen. Sie vermag schon nach der

ersten Sitzung den rechten Arm ruhig in der Horizontalen gestreckt zu halten. Pat. läßt sich überzeugen, daß sie durch das Elektrisieren geheilt werde; bei der langen Dauer ihrer Krankheit werde es eben nicht so schnell gehen, meint sie. Am nächsten Tag 22. Juni spürt nach gehöriger Wortbeeinflussung Pat. den Strom als schmerzhaft auf der ganzen rechten Körperhälfte, besonders vom Fuß bis zum Knie. Ebenso ist es mit der Sensibilität. Die Elektrisierung des rechten Nasenflügels bringt die Geruchsempfindung wieder. So kommt nach und nach alle Empfindung wieder, wobei des öfteren Rückfälle drohen, die durch energische Verbalsuggestion beseitigt werden. Auch das konzentrisch eingeengte Gesichtsfeld wird weiter, allerdings rechts noch nicht normal.

Am schwierigsten lassen sich die herumfahrenden Bewegungen mit dem rechten Arm beseitigen. Nach energischem Zureden hören sie zwar auf, sind aber beim nächstenmal wieder da. Als unbeeinflußbar erweist sich die Hörfähigkeit. Immerhin ist sie doch etwas zu verändern: Pat. konnte vor der Faradisation die an den Kopf gedrückte Uhr rechts von der Mittellinie nicht hören, auch nicht dicht am Ohr. Nach energischer Behandlung schwindet beides. Ferner bleiben völlig unbeeinflußbar der Schmerz im Kreuz, die Parästhesie der rechten Hand und die Hyperalgesie über dem Herzen. Besonders die Schmerzen im Kreuz suche ich auf jede Weise zu beeinflussen. Aber nicht die suggestive Beeinflussung in dieser Richtung bei der Blutentnahme für die Wassermannsche Probe — man sagt ihr, diese Operation geschehe gegen ihre Schmerzen —, nicht Sacharum lactis, nicht linimentum ammoniatum, noch auch Morphium vermögen etwas auszurichten. Morphium hat nur Erfolg für den Schlaf. Pat. war also bezüglich der Hemianästhesie durch Suggestion geheilt. Einige Wochen später aber, am 1. Dezember, als ich die Pat. inzwischen nicht gesehen hatte, war das Bild wieder wie früher, wobei sie sich jedoch subjektiv sehr wohl fühlte.

Vor der kritischen Betrachtung des Krankheitsfalles soll hier nochmals kurz der Nervenstatus zusammengefaßt werden.

Motorische Funktion: Schwäche in den rechten Extremitäten, Spasmen und ausfahrende Bewegungen, die aber bei Ablenkung schwinden. Athetose in den rechten Fingern.

Sensible Funktion: Mit Ausnahme des inneren Fußrandes vollkommene rechtseitige Hemianästhesie für alle Qualitäten auf sensiblen (Haut- und Schleimhäute) und sensorischem Gebiet (Geschmack, Geruch, Gesichtsfeld, Gehör teilweise); Anästhesie der

Cornea. Fehlen des Würgreflexes. Hyperästhesie über dem Herzen, in der Nabelgegend. Ovarie andeutungsweise: keine Spinalirritation. Parästhesie der rechten Hand.

Reflexe: Strümpellsches Armphänomen rechts positiv nach der therapeutischen Beeinflussung.

Bauchdeckenreflexe: rechts oben angedeutet, links lebhaft, besonders in der Mitte.

Flexion combinée: rechts positiv, zweimal.

Pathelarreflex: rechts gesteigert.

Babinskis Großzehenreflex: rechts zweimal positiv.

Es fragt sich nun, wie ist der Krankheitsfall zu beurteilen, der nach Ausschaltung alles anderen in der Diagnose als alte Apoplexie mit Hemianästhesie sich darstellt. Es liegen da vier Möglichkeiten vor:

1. Die Symptome sind alle durch ein organisches Nervenleiden bedingt.

2. Die Symptome sind alle hysterischer Natur.

3. Die Symptome sind z. T. organisch, z. T. hysterisch.

4. Die Symptome sind simuliert.

Um gleich die Möglichkeit der Simulation abzutun: Zunächst fehlt jeder Grund dafür, der die Pat. zur Simulation bewegen könnte. Sie wollte keine Rente, kein Zeugnis haben, konnte auch ihre Krankeit nicht verwenden, um sich vor irgend etwas zu drücken. Pat. machte aber auch einen viel zu stumpfen Eindruck, als daß man ihr eine Simulation hätte zutrauen können, die doch immerhin Aufmerksamkeit und Intelligenz erfordert. Völlig ausgeschlossen aber ist es, daß eine Simulantin einen starken faradischen Strom nicht spürt; Pat. fühlte auch offenbar objektiv nicht, da im Gesicht nicht die geringste Schmerzäußerung zu bemerken war, während bei Berührung der linken Körperhälfte Pat. heftig protestierte. Auch Fehlen des Geschmackes für Chinin wird sich nur schwer simulieren lassen. Schwer zu entscheiden ist es, ob Pat. vielleicht aggraviert hat, ich meine, mit Bewußtsein aggraviert hat. Ich glaube jedoch, auch das aus dem ganzen allgemeinen Eindruck verneinen zu dürfen. Es wäre nun zu erörtern, welche Symptome für organisches Leiden sprechen.

Man könnte geneigt sein, a priori eine organische Läsion als vorhanden zu betrachten, da in der Anamnese eine Apoplexie angegeben ist. Allein, ohne daß man an eine glatte Erdichtung zu denken braucht, kommt auch hysterische Apoplexie vor, die eben

nur durch genaue Untersuchung sich als nicht organisch nachweisen läßt. Von vornherein abzulehnen ist es, die Spasmen und die Ataxie als Stütze einer organischen Läsion anführen zu wollen. Die Spasmen hörten ja bei Ablenkung auf. Bei der Sensibilitätsprüfung z. B. konnte Pat. den Arm ruhig in der Horizontalen halten, das wäre bei organischem Spasmus nicht möglich. Jene ausfahrenden Bewegungen der Pat. aber für Intentionstremor zu halten, ist ausgeschlossen. Dafür waren sie zu grob und plump, zu gesucht und zu wechselnd. Pat. konnte ja beim Verabschieden ganz ordentlich die Hand geben, was bei direkter Aufforderung in der Untersuchung nicht gelang. Auch die Ataxie des rechten Beines war sehr abweichend vom gewohnten Bild. Pat. machte auffallenderweise nie ausfahrende Bewegungen nach der Seite, sondern nur in der Richtung nach dem gegebenen Ziel, d. i. dem linken Knie. Auch war beim Gehen von Ataxie nichts zu merken. Es war aber eine Schwäche in den rechten Extremitäten. Ich möchte doch glauben, daß diese wenigstens teilweise ein Residuum der Apoplexie ist, wenn auch eine Verschlimmerung durch Hysterie nicht auszuschließen ist. Besonders das Nachschleppen des Beines scheint mir mehr organisch als hysterisch bedingt zu sein, wenngleich das »Mähen« des Beines nicht zu bemerken war. Aber eine hysterische Ataxie, meist verbunden mit Astasie, hat doch ein viel auffallenderes Bild. Auch weist ja der positive Ausfall der Flexion combinée auf die Schwäche der Muskulatur hin. Ob die Hemiathetose als Beweis für Apoplexie anzuführen ist, lasse ich dahingestellt; jedenfalls könnte sie auch hysterisch sein. Daran zu denken wäre noch, ob die Intelligenzstörung der Pat. durch eine Apoplexie veranlaßt ist. Möglich wäre das; jedoch, man kann nicht wissen, ob nicht Arteriosklerose oder allein schon das Alter, vielleicht auch angeborene Schwäche die Schuld dafür tragen. Das bisher Vorgebrachte könnte sich wohl durch eine vorausgegangene Apoplexie erklären lassen, es kann aber nicht diese nachträglich beweisen. Wir haben jedoch in den Reflexen und Phänomenen vollgültige Beweise, daß die Pat. infolge einer Apoplexie spastisch-paretisch gewesen sein muß. Es war das Strümpellsche Armhebephänomen rechts positiv, wenn auch nur mit halber Pronationsdrehung; Bauchdeckenreflex: rechts aufgehoben — nur oben angedeutet —, links dagegen lebhaft; Flexion combinée: rechts positiv; Patelarreflex: rechts gegen links gesteigert; Babinskis Großzehenreflex: zweimal rechts positiv. Diese Zeichen sind nach Oppenheim untrüglich für organische Hemiplegie.

Wir haben aber auch ätiologische Anhaltspunkte, die eine Erklärung für die Apoplexie geben. Die harten, geschlängelten Arterien weisen auf Arteriosklerose hin. Das Herz ist etwas nach links verbreitert, Blutdruck nach R.-R. 180—190 mm; im Urin Trübung durch Albumen und einmal ein Epithelzylinder. Das spricht für Schrumpfnieren, beides aber zusammen prädisponiert außerordentlich für Apoplexie.

Nun bleibt aber noch eine ganze Reihe von Symptomen, die nicht postapoplektisch sein können. Es wird zu prüfen sein, ob diese für Hysterie sprechen.

Es ist schon im vorigen Abschnitt die organische Natur der Spasmen und der Ataxie abgelehnt worden. Da aber auch schon die Simulation ausgeschlossen worden ist, bleibt nur noch Hysterie als Erklärung hierfür übrig. Zweifelhaft bleibt es, ob man das Stechen in der Herzgegend und die zeitweilige Atemnot einer Coronalsklerose zuschreiben will oder der Hysterie. Immerhin muß auffallen, daß das Stechen nach Trinken von Flüssigkeit schwand. Hierher gehört auch, daß Pat. in der Vorgeschichte von Übelkeit berichtet, die ganz plötzlich momentan schwand. Es fällt mir schwer, dies anders als hysterisch zu deuten. Völlig im Unklaren bin ich über die Ursache des Brennens beim Urinieren und der Kreuzschmerzen, Verbalsuggestion blieb ebenso erfolglos wie Medikamente, sogar Morphium versagte. Der letzte Umstand muß jedenfalls den Verdacht erwecken, daß es sich hier um besonders hartnäckige hysterische Beschwerden handelt, zumal auch genaueste Untersuchung kein ursächliches organisches Leiden erkennen ließ.

Sehr bemerkenswert sind die krampfartigen Schmerzen in der Nabelgegend, von denen die Pat. erzählt hat, wozu dann gehört, daß diese Gegend bei tiefem Druck besonders empfindlich geblieben ist. Es ist wohl möglich, daß es sich hier um einen hysterischen Paroxysmus handelt; diese Vermutung wird wahrscheinlich, falls man die danach entstandene Genitalblutung als hysterisch ansehen darf. Auch diese Möglichkeit läßt sich diskutieren. Die Blutungen hörten das erstemal nach einer Tamponade, das zweitemal nach einer Ausschabung auf, von der Pat. als von einer großen Operation sprach. Die gynäkologische Untersuchung ergab eine völlig atrophische, unverdächtige Schleimhaut, die Ärzte der gynäkologischen Poliklinik konnten mir keine Erklärung für die Blutungen geben.

Ich habe eben schon erwähnt, daß die Nabelgegend auf Druck besonders empfindlich war. Eine andere Hyperästhesie, die sogar

zur Übelkeit sich steigerte, fiel bei der Perkussion des Herzens auf; besonders auch beim Druck auf den Spitzenstoß bekam Pat. einen ordentlichen Anfall von Schütteln und Zittern. Eine organische Ursache war durchaus nicht vorhanden. Das Exzessive der Empfindlichkeit spricht aber an und für sich schon sehr für Hysterie. Man darf hier wohl von hysterogenen Punkten sprechen, vielleicht sogar jenes Schütteln und Zittern als Rudiment eines hysterischen Anfalls deuten. Eine Einschränkung indes erfährt dieser Befund, da beinahe überall am Körper sich hysterogene Punkte fanden, wenn man gerade danach suchte. Besonders auszuzeichnen schien sich jedoch die Gegend der Ovarien, da die Pat. hier ein »eigentümliches unangenehmes Gefühl« hatte. In den Zusammenhang hiermit gehört, daß der Würgreflex völlig aufgehoben, der Cornealreflex derart herabgesetzt war, daß man eine tiefe Delle eindrücken konnte.

Wir hätten hier also eine Reihe von Phänomenen, die man als hysterische Stigmata deuten kann. Aber die Meinung über den Wert dieser Stigmata neigt heute, wie mir scheint, einer großen Skepsis zu. Hatte Charcot noch solchen Zonen, besonders der Ovarie, als hysterogen und hysterofren einen großen Wert beigemessen, so muß man heute diesen recht gering einschätzen, seit Steinhausen die Ovarie bei einer großen Zahl gesunder Soldaten nachgewiesen hat. Strümpell hält die Spinalirritation, die bei unserer Pat. fehlt, für wichtig; diese gilt aber auch als Zeichen der Neurasthenie. Es ist auch schon der Verdacht geäußert worden, daß diese Stigmata überhaupt Kunstprodukte seien (Böttiger). Binswanger hält allerdings solche umschriebenen, besonders tiefen Hyperalgesien für pathognomisch für Hysterie.

Das Hauptstigma aber, das die Pat. als hysterisch erkennen läßt, ist die rechtseitige Hemianästhesie für Haut, Schleimhäute, Geschmack, Geruch, Gesichtsfeld und teilweise auch Ohr. Allerdings muß hier eine differentialdiagnostische Erörterung eingeflochten werden. Eine vollkommene sensible und sensorische Hemianästhesie organischen Ursprungs ist denkbar, falls Charcots Carrefour sensitif zuhinterst des hinteren Schenkels der Capsula interna vorhanden wäre — i. e. ein geschlossenes Bündel für alle zentripetalen Sinnesnerven. Nach den Forschungen von Dejerine, Thomas, Roussy ist jedoch ein solches Bündel in der Capsula interna nicht vorhanden. Diese Autoren behaupten dagegen, hemianästhetische Ausfallserscheinungen bei Erkrankung des äußeren Thalamuskerns. Diese Hemianästhesie ist aber nur sensibel. Eine Differentialdiagnose mit einem Thalamusherd hat jedoch eine Zeitlang

zu Recht bestanden. Die halbseitige Störung für Geschmack und Geruch konnte möglicherweise durch Schädigung vasomotorischer Bahnen veranlaßt sein, die im Thalamus ziehen sollen (Bechterew, nach Oppenheim). Nach Oppenheim ist allerdings die sensorische Hemianästhesie immer funktionell-neurotisch. Aber auch diese Meinung hätte natürlich noch nicht ausschließen können, daß die sensible Hemianästhesie vom Thalamusherd herrührte.

Auf die Differentialdiagnose mit Thalamusherd wurde man noch durch andere Symptome hingewiesen, die alle mehr oder minder mit den von Dejerine und seinen Schülern aufgestellten übereinstimmen: eine Hemiplegie ist nach der Anamnese dagewesen, allerdings weisen die jetzigen objektiven Zeichen auf eine spastische Parese, nicht auf eine schlaffe, wie sie meist — eben auch nur meist — bei Thalamusherden gegeben sein sollen. Jedenfalls trifft aber die eine Forderung zu, daß die Hemiplegie bald geschwunden ist. Sodann war Hemiataxie sehr stark zu sehen — nach den französischen Autoren soll sie allerdings leicht sein (ich sehe hier mal davon ab, daß sich diese Ataxie sehr bald als psychische herausgestellt hat, wegen ihres Fehlens bei Ablenkung der Aufmerksamkeit). Schließlich war Hemiathetose und Blasenstörungen (Harndrang, Brennen beim Urinieren) festgestellt. Hemianopsie soll nach den Autoren selten sein. Mimische Facialislähmung, die von anderen als besonderes Zeichen herausgehoben wird, haben die Franzosen nicht gefunden. Das einzig im Komplex Fehlende waren Schmerzen, die auf der Seite der Hemianästhesie heftig und hartnäckig sich geltend machen sollen. Dagegen hatte Pat. in der rechten Hand Parästhesien, die auch von anderen in ähnlichen Fällen beobachtet worden sind.

Aber es sind doch viele Einzelheit enanzuführen, die der Hysterie eigentümlich sind, einer organischen Hemianopsie aber widersprechen. Da macht zunächst schon die auffallende Intensität und Extensität nach Oppenheim von vornherein die Hysterie wahrscheinlich. Dann ist die Art der Begrenzung doch recht merkwürdig: während am Sternum eine ungewisse Zone nach rechts hineinspringt, ist die Grenze sonst fast genau die Mittellinie. Jene freie Stelle am Innenfußrand aber ist auch für Hysterie außerordentlich typisch, bei einer organischen Erkrankung jedoch ungewöhnlich. Sodann muß man sich sagen, eine solche Gefühlsstörung, insbesondere die Bathyanästhesie muß doch weitgehende Folgen haben. Bei einem reellen Gefühlsausfall, der 6 Jahre besteht, erwartet man häufige und schwer heilende Verletzungen. Nichts davon gab es bei der Pat. Schließlich muß eine interessante

Beobachtung auffallen: Pat. bewegte zuweilen bei Berührung der rechten Körperhälfte die Lippen, gab sogar leise Antwort — das ließe sich zur Not noch dadurch erklären, daß man nicht eine Anästhesie, sondern nur eine Hypästhesie anerkennen würde. — Die eigenartige Reaktion bei der Geschmacksprüfung, wo Pat. bei Berührung der rechten Zungenhälfte die rechte Faust krampfte, läßt vollends das ganze Bild als hysterisch erkennen, da ja Simulation als ausgeschlossen gelten darf.

Ist schon hiermit die Hemianästhesie als hysterisch völlig klar erkannt, so ist ihr Schwinden nach Suggestivtherapie nur mehr eine Bestätigung. Die Gefühlsstörung für alle Qualitäten in Haut und Schleimhaut war danach beseitigt und zwar mit aller wünschenswerten Promptheit. Auch der spätere Rückfall in die alte Kalamität kann nur die Diagnose Hysterie stützen. Wie zu erwarten, erhielten auch die Störungen auf sensorischem Gebiet ihre Erklärung in Hysterie. Nach Faradisation und entsprechender Verbalsuggestion war der Ausfall in Geschmacks- und Geruchsempfindung vollkommen beseitigt, ebenso war das Gesichtsfeld erweitert, wenn es auch rechts noch nicht ganz normal war. Interessanterweise erwies sich auch die sicher festgestellte organische Ohrerkrankung durch Hysterie verschlimmert. Pat. hörte die an die Stirn gedrückte Uhr links von der Mittellinie ticken, rechts nicht, ebenso nicht dicht am rechten Ohr. Es muß als ausgeschlossen gelten, daß die Knochenleitung für ein Ohr plötzlich an der Mittellinie abschneiden sollte; tatsächlich hörte nach gehöriger Beeinflussung Pat. die Uhr sowohl an der Stirn rechts wie links, als auch in geringer Entfernung vom rechten Ohr.

Es bleibt noch zu betrachten, inwieweit die Psyche der Pat. die Diagnose Hysterie erlaubt. Es ist schon hervorgehoben worden, daß die Störung der Intelligenz durch die Hysterie nicht bedingt ist. Aber diese Störung scheint wesentlich die hysterische Psyche zu beeinflussen. Wir beobachten bei unserer Patientin nichts von gesteigerter Affekterregbarkeit, die Oppenheim als charakteristisch für Hysterie bezeichnet. Im Gegenteil, eine Zeitlang war Pat. beinahe affektlos, fast in einem emotionellen Torpor. Sie war über ihr anscheinend doch so schweres Leiden gar nicht traurig. Sie sprach gern über ihr Leiden, ließ sich gern untersuchen. Aus alledem war eine gewisse Befriedigung über das Interesse, das sie erregte, zu erkennen. In eine affektvolle Stimmung geriet die Pat. erst, als die Hemianästhesie gewichen war. Jetzt fing sie an, über ihre Schmerzen mehr zu klagen, wurde wehleidig und bekümmert, äußerte Lebensüberdruß usw.

Man hatte fast den Eindruck, als gelte die Traurigkeit weniger ihrem jetzigen Leiden, als dem Verlust der so interessanten halbseitigen Gefühllosigkeit. Daher wohl auch die öftere Neigung, diese wieder zu schaffen. Die Pat. bot also das seltenere Bild der verringerten Gefühlsreaktion (Binswanger). Demzufolge war weder enorme Reizbarbeit, noch explosives Handeln und Ähnliches zu erwarten. Auch von einem jähen Stimmungswechsel kann man nicht reden. Die Pat. neigte allerdings vor ihrer traurigen Verstimmung mehr zur heiteren Laune; aber auch nach ihrer Wehleidigkeit kam ihr gemütlicher Stumpfsinn zum Vorschein. Sie saß oft wie abwesend da und mußte erst aufgerüttelt werden. Die Grundstimmung war eben der emotionelle Torpor, der zuerst einen heiteren Unterton hatte, später einen traurigen. Hiermit hängt es gewiß auch zusammen, daß die Charakterzüge, wie sie Huchhard als typisch angibt, nicht hevortraten; d. s. Beweglichkeit, Streitsucht, Lügenhaftigkeit. Ob man ihr Absondern von den Leuten als egoistisch ansehen soll — vielleicht weil sie sich nicht genügend von ihnen beachtet glaubte —, lasse ich dahingestellt. Überhaupt möchte ich darauf aufmerksam machen, daß ich diese Schilderung der Psyche und des Charakters als nicht für absolut einwandfrei ansehe. Bei einem poliklinischen Fall wird man in der Beziehung nie ganz auf den Grund kommen können.

Es wäre hiermit das eigentliche Thema meiner Arbeit erschöpft. Ich glaube mit genügender Klarheit gezeigt zu haben, daß wirklich eine hysterische Überlagerung einer alten Apoplexie vorliegt.

Jetzt will ich noch die Frage erörtern: Wie ist das hysterische Krankheitsbild entstanden? Selbstverständlich hängt es mit der Apoplexie zusammen. Aber welche Rolle spielt diese?

Zunächst läßt sich ausschließen, daß die Apoplexie die Ursache der Hysterie selbst sei. Nach der Anamnese ist die Pat. von ihrer nervösen Mutter her erblich belastet. Da Pat. diese Kenntnis der Nervosität ihrer Mutter durch ihre Brüder hat, ist anzunehmen, daß die »Nervosität« ziemlich stark gewesen ist, denn sonst hätte man kaum darüber in der Familie gesprochen. Es könnte also sehr wohl die Anlage da sein, auf deren Boden sich eine Hysterie entwickeln konnte. Die angeborene Anlage wird ja seit Charcot auch heute noch von den meisten Autoren in dieser oder jener Form als erste Voraussetzung für die Entstehung der Hysterie gefordert. — Nur besonders Binswanger nimmt die Möglichkeit des Erwerbens intra vitam an. Nach ihm könnte die Apoplexie die hysterische Zustandsveränderung veranlaßt haben, indem sie die »Dynamik der corticalen funktionellen Mechanismen«

gestört hätte in der Richtung einer Afunktion als Intervationsstörung (i. e. Hemianästhesie) — übrigens auch ohne hysterische Anlage. Binswanger geht sogar soweit: bei der Hemianästhesie liege in erster Linie ein pathologisch verringerter Erregbarkeitszustand der Rindenelemente vor, welche die Empfindung vermitteln; dabei kann aber eine derartig entstandene Afunktion durch psychische Faktoren (d. h. Vorstellungen) aufgehoben werden. Eine solche psychische Gegenwirkung würde auch jene freie Insel auf der Fußsohle erklären müssen. Übrigens weiß ich nicht, ob Binswanger nicht die Hemianästhesie unseres Falles bezüglich der Entstehungsweise den geometrischen Anästhesien zurechnen würde, da ja durch die motorische Parese ein gewisser Anlaß für die Anästhesie gegeben war. Die geometrischen Anästhesien entstehen nämlich nach Binswanger durch hemmende Vorstellungskomplexe. Seiner anatomischen Theorie steht jedoch in unserem Falle eine Beobachtung entgegen: Pat. bewegte zuweilen die Lippen und gab sogar leisen Laut bei der Berührung der rechten Körperseite und ballte bei der Geschmacksprüfung die rechte Faust krampfartig. Das beweist doch wohl meines Erachtens, daß die Pat. wirklich fühlte, aber ohne Bewußtsein gewissermaßen »nichtfühlend fühlte«; daß also von einer Afunktion keine Rede sein kann. Oppenheim hält es nicht für unmöglich, daß der apoplektische Herd wie ein Fremdkörper wirke oder ähnlich wie eine Narbe auf sensible Endapparate drücke, so die Hirnfunktion im Sinne hysterischer Veränderung beeinflusse. Oppenheim führt diese Gedanken selber nicht weiter aus. Er sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Wenn wir auch die Rolle der Apoplexie im Sinne dieser beiden Autoren (Binswanger und Oppenheim) von vornherein nicht ablehnen können, so haben wir doch in den anamnestischen Angaben der Patientin Hinweise dafür, daß sie vielleicht schon vor dem apoplektischen Insult hysterisch gewesen ist. Als ein gewisses Stigma degenerationis darf man vielleicht ansehen die bei der Pat. von Kindheit an bestehende Absonderung von den Menschen, sodann aber dürfen wir vielleicht in jener momentanen Übelkeit, die Brechreiz auslöste, aber kurz aufhörte, ein hysterisches Symptom sehen. Leider ist man hier in der üblen Lage, die Angaben der Pat. nicht durch Zeugnisse anderer nachprüfen zu können. Jedenfalls geht aber soviel hervor, daß man bei der Pat. wohl die neuropatische Anlage voraussetzen darf, auf deren Grundlage sich dann nach der Apoplexie die großen hysterischen Symptome entwickelt haben. Wenn wir diese An-

schauung für die richtige halten, so würde die Apoplexie als agent provocateur im Sinne Charcots zu gelten haben.

Man kann die Apoplexie als ein inneres Trauma auffassen, allerdings mit der Einschränkung, daß die momentane Schreckwirkung fehlt: doch die nachfolgende Bekümmernis ist vorhanden. Will man allerdings mit Möbius den Schreck, d. i. die heftige Gemütsbewegung als das Wesentliche bei der traumatischen Hysterie bezeichnen, so darf man unseren Fall nicht als traumatische Hysterie aufführen.

Wir haben in der Apoplexie einen traumatischen Shock zu sehen, der durch die sofortige Bewußtseinsstörung keinen Affekt entstehen läßt. Somit kann die Hysterie unserer Pat. nicht durch emotionelle Erschütterung oder affektbetonte Empfindung ausgelöst sein, der Binswanger eine große, wenn nicht die größte Bedeutung bei der traumatischen Hysterie zuschreibt.

Es bleibt jetzt nur noch als dritte Komponente, nach der traumatischen Molekularerschütterung und der traumatischen Affekterschütterung die traumatische Suggestion, die Charcot für die Hauptsache erklärt. Es drängt sich in der Tat die Erklärung am meisten auf, daß die hysterischen Symptome bei unserer Pat. lediglich durch Vorstellungen, d. i. eben Autosuggestion, bewirkt sind. Daß Vorstellungen bei geeigneter Anlage hysterische Symptome erzeugen können, leugnet niemand. Auch Binswanger gibt diesen Einfluß bei Prädisponierten zu; nur scheint er ihn für sehr selten zu halten. Er weist eben auf die große Macht der Affekte hin. Mit Binswanger scheint im wesentlichen O. Vogt übereinzustimmen, nach dem die Emotivität das Grundphänomen der Hysterie ist. Auch Oppenheim spricht sich ähnlich aus. Dieser Autor sagt aber gerade hinsichtlich der Hemiplegischen, daß bei diesen das Entstehen einer Hemianästhesie auf dem Wege der Autosuggestion gewiß denkbar sei. Es geben also auch die Vertreter der Lehre von der hysterischen Emotivität die gelegentliche Vorherrschaft der ideogenen Entstehung zu. Aber besonders Binswanger lehnt unbewußte oder unterbewußte Vorstellung glatt ab (er spricht aber von »latenten Vorstellungen«, die nur unter gewissen Bedingungen über die Schwelle des Bewußtseins erhoben werden.

Das Leugnen unterbewußter Vorstellungen ist das trennende Merkmal dieser Schule gegenüber der Lehre von der ideogenen Hysterie. Ein Hauptvertreter dieser ist Möbius, nach dem alle hysterischen Krankheitserscheinungen durch affektbetonte Vor-

stellungen entstehen. Möbius leugnet also keineswegs die Wichtigkeit des Affektes, legt aber den Ton auf Vorstellungen, und Möbius schreibt auch den Vorstellungen jenseits des Bewußtseins, d. h. Unterbewußten, eine bedeutende Wirkung zu. Noch größere Bedeutung gewinnt das Unterbewußtsein in der Lehre P. Janets von der primären Einengung des Bewußtseinsfeldes und im hysterischen Vigilambulismus Solliers. Zum ausschlaggebenden Faktor wird die Rolle des Unterbewußtseins in den Lehren von Breuer und Freud, wonach größtenteils unterbewußte Erinnerungen die hysterischen Symptome erzeugen (übrigens hat ähnliches Krehl mit den »Dauerformen unbewußter Fortwirkungen« ausgesprochen).

Es ist nicht meine Aufgabe, zu zeigen, wie die Forscher ihre Anschauung begründen; es genügt, daß verschiedene Forscher das Wirken unterbewußter Vorstellungen anerkennen.

Es wird jetzt zu entscheiden sein, ob in unserem Krankheitsfall nur bewußte Vorstellungen oder auch unterbewußte eine Rolle spielen. Dafür gibt uns jene krampfartige Faustbildung bei der Spitz-Stumpf-Prüfung der Zunge einen guten Wegweiser. Jener Krampf machte geradezu den Eindruck eines inneren Kampfes. Pat. hatte richtig aufgefaßt, daß sie den Federhalter der linken Hand bei Spitzempfindung, die Faust der rechten Hand bei Stumpfempfindung zeigen sollte. Pat. bewegte aber die linke Hand bei Berührung der linken Zungenhälfte, die rechte Hand bei Berührung der rechten Zungenhälfte ohne Rücksicht auf spitz und stumpf. Sie machte also einen Fehler, in den auch ein Gesunder sehr leicht geraten würde. Die fehlerhafte Ausführung ist die natürlichere, nächstliegendere und leichtere. Die Assoziation, bei Berührung der linken Zungenhälfte die linke Hand zu bewegen, ist sehr einfach zu bilden. Wenn aber auch noch eine zweifache Berührung zu unterscheiden ist, so kompliziert sich die geistige Arbeit vielfach: Es ist dann zu entscheiden, ob spitz oder stumpf, ob links oder rechts; ist die richtige Vorstellung gebildet, so ist nach der richtigen Ausdrucksform zu suchen, was eine gewisse Überlegung erfordert. Passiert bei solcher Prüfung einem intelligenten Gesunden mal ein Fehler, so dürfte der auf ein Versagen der raschen Überlegung und somit falscher Verbindung der richtig gewonnenen Vorstellung zurückzuführen sein. Ein intelligenzloses Individuum wird überhaupt kein richtiges Resultat geben, dem ist die Aufgabe von vornherein zu schwer. Es vereinfacht sie sich unbewußt, d. h. es empfindet natürlich sehr gut spitz und stumpf, aber ihm kommt diese Unterscheidung nicht ins Bewußtsein. Es

kennt nur Berührung der linken oder der rechten Zungenhälfte. In dieser Lage befindet sich auch unsere Pat. Aber es kommt noch eine Komplikation dazu. Mit der linken Zungenhälfte empfindet sie wie das unintelligente Individuum; aber rechts ist ihr nicht bloß die Unterscheidung von spitz und stumpf, sondern auch überhaupt die Berührungsempfindung unbewußt. Es ist also so: Pat. bekommt für die rechte Zungenhälfte die Empfindung der Berührung — auch natürlich die Unterscheidung von spitz und stumpf —; es bildet sich dazu die Vorstellung. Aber sowohl Empfindung wie Vorstellung sind unterbewußt; dennoch beeinflußt der Befehl, einen entsprechenden Bewegungsimpuls auszuwählen, diese unterbewußte Vorstellung suggestiv, — was nach den hypnotischen Erfolgen Forels und anderer durchaus nicht auffällig sein kann. Die unterbewußte Vorstellung hat also das Bestreben, die rechte Faust zu ballen, dagegen findet sie aber einen Widerstand — daraus zu erkennen, daß zugleich mit der zweckmäßigen Innervation die Antagonisten sich anspannen. Dieser Widerstand kann natürlich nur die Gegenvorstellung sein, daß ja die rechte Seite gänzlich unempfindlich sei. Eine solche Vorstellung muß die Reaktionsbewegung zu verhindern suchen. Daß nun die hysterogene Vorstellung bei solcher Versuchsanordnung versagt, hat vielleicht seinen Grund in der Ablenkung der Aufmerksamkeit. Pat. hat nicht mehr bloß auf einfache Weise ihre Empfindung kund zu tun, sondern es wird ihr auch noch eine komplizierte Bewegung zugemutet. Das muß notgedrungen die Aufmerksamksit vom ersten ablenken; auch wenn die komplizierte Aufgabe unbewußt in eine einfache verwandelt wird. Der Aufmerksamkeit kann man wohl, meine ich, einen Einfluß auf unterbewußte Vorgänge zubilligen. Wenn die Aufmerksamkeit auf die Hautempfindungen gerichtet ist, so werden hierauf bezügliche Vorstellungen, bewußte oder unbewußte, ihre Macht besonders entfalten können (Beispiele lassen sich leicht in hypnotischen Erfolgen finden, fast immer ist entsprechende Aufmerksamkeit nötig, wenn eine suggestive Vorstellung wirken soll. Wird die Aufmerksamkeit zu andern gelenkt, so schwindet die vorige Suggestivwirkung, falls deren Fortdauer nicht suggeriert war). Hiermit wäre nicht bloß die ideogene, sondern auch die unterbewußt ideogene Abstammung der Geschmacksanästhesie dargelegt, wobei noch hinzuzufügen wäre, daß die Affektbetonung in der Bekümmernis nach dem Trauma zu suchen ist. Es ist nicht denkbar, jenen oben angeführten Kampf der beiden Vorstellungen ins Bewußtsein zu verlegen. Das würde zu einer gewollten Absicht-

lichkeit der Pat. führen, die durch den Versuch hintergangen wäre, d. h. Pat. simulierte; es ist aber die Simulation bereits abgelehnt. Bei der Hemianästhesie ist nach Binswanger von allen Forschern die Vorstellung der Nichtempfindung zunächst im Bewußtsein nicht vorgefunden worden. Die Empfindungslosigkeit entdeckt vielmehr die Pat. auch erst bei der Untersuchung. Ich weiß nicht, ob das bei unserer Pat. auch so war. Daß die Pat. sehr oft erklärte, sie fühle rechts überhaupt nichts, zeigt weiter nichts an, als daß sie von ihrer Störung jetzt Kenntnis hat. Man darf hieraus nicht den Schluß ziehen, daß während der ganzen Untersuchung die Pat. die bewußte Vorstellung beherrsche, sie fühle nichts. Es ist doch wohl vielmehr so: Gesetzt, eine Störung ist das erste Mal durch eine bewußte Vorstellung verändert, so bleibt jedoch die Störung bestehen als »Dauerform unbewußter Vorstellung« (Krehl). Auch für die Hemiataxie ist die ideogene Natur sehr wahrscheinlich. Sie trat nur in Erscheinung bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit der Pat. In diesem Falle ist das Bewußtsein der Vorstellung glaublich, denn jeder einzelne Prüfungsversuch ist nur kurz, so daß recht gut während der Zeit die entsprechende Vorstellung in der Pat. lebhaft sein kann. Auch die progressive Verschlimmerung der Ataxie im Laufe der Untersuchung und das gar so leichte Wegfallen der Störung durch Ablenkung sprechen vielleicht mehr für die bewußte Vorstellung, die übrigens sehr deutlich mit Gefühlen der Hemmung oder Spannung verknüpft erscheint. Schließlich ist die ideogene Entstehungsweise auch für die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung klar ersichtlich, Pat. sagte, sie sehe schlecht; im Laufe der Prüfung äußerte sie auch, sie sehe recht wenig. Der prompte Erfolg der Suggestiv-Therapie weist mit größter Wahrscheinlichkeit auf die Vorstellungsursache hin.

Früher ist die Vermutung ausgesprochen worden, daß die Genitalblutung und ihr plötzliches Zessieren nach der Operation hysterisch sein könnte. Hysterische Genitalblutungen sind beobachtet worden, gerade hier aber wird man auf unterbewußte Vorstellungen hingedrängt, zumal, wenn man an ähnliche hypnotische Experimente denkt, z. B. Forel erwähnt derartiges in seinem »Hypnotismus«: Aufhörenlassen oder genaues Festlegen der Menses.

Hiermit wären wir am Ende mit der Ausbeute hinsichtlich der Genese der hysterischen Symptome. Ich glaube gezeigt zu haben, daß bei unserer Pat. im Anschluß an einen traumatischen

Shock in relativ hohem Alter eine wahrscheinlich bis dahin latente Hysterie manifest geworden ist auf dem Wege von affektbetonten Vorstellungen, die zum Teil nur unterbewußt gewesen sein können. Ganz kurz soll der Fall noch im Spiegel der Lehren von Breuer und Freud betrachtet werden. Nach den ursprünglichen Anschauungen in den »Studien über Hysterie« wäre er wohl als Hypnoidhysterie aufzufassen. In der Zeit nach der Apoplexie war Pat. zweifellos hypnoid, d. h. bewußtseinstrüb, so daß also Vorstellungen und Erinnerungen im Sinne der Autoren ihren Einfluß ausüben konnten.

Den neueren Lehren Freuds läßt sich jedoch der Fall kaum einfügen. Wenn hysterische Symptome als wesentliche Komponente sexuelle Verdrängungsvorstellungen aus der Kindheit nötig haben, sollte dann wirklich eine Hysterie 50 Jahre latent bleiben oder nur in wenig deutlichen Symptonen sich äußern, um dann nach einer Apoplexie in sehr augenfälligen Symptomen zu erscheinen, die noch dazu zu der Art der gebliebenen Erkrankung (Hemiplegie) in deutlicher Beziehung (Anästhesie) stehen! Es ist mir nicht möglich, mehr darauf einzugehen, da ich bei Freud keinen Passus über die Rolle des Traumas oder ähnliches gefunden habe, während in den »Studien« das Trauma als Ursache einer Hysterie anerkannt wird.

# Anhang.

Nach Beendigung meiner Arbeit habe ich eine französische Doktorarbeit durchgesehen, die mir manche dunkle Stellen in unserer Krankengeschichte aufzuhellen scheint. Die interessante Arbeit ist »contribution à l'étude de l'Hystérie sénile par de Fleury« (Bordeaux 1890).

Zweierlei, das der Verfasser als charakteristisch für Hysterie ansieht, ist allerdings bei uns anders. Bezüglich Charakter ist von Gefallsucht oder Sentimentalität oder Einmengung in fremde Angelegenheiten nichts zu bemerken bei unserer Pat. Dagegen ist gerade eine typische Hemianästhesie vorhanden, die der französische Autor vermißt hat. Hyperästhetische und hysterogene Zonen, die de Fleury anführt, sind auch in unserem Fall wenigstens andeutungsweise zu beobachten. Ebenso haben wir gesehen, daß die senile Hysterie nicht erst in dem Alter entstanden ist, sondern wahrscheinlich schon vorher mehr oder minder da war, wie das auch in den Fällen des de Fleury zutrifft. Sehr interessant ist dagegen, daß einige Phänomene, die uns ganz unerklärlich schienen, durch die Vergleichung mit den Fällen des de Fleury aufgeklärt werden. de Fleury stellt nämlich fest, daß die senile Hysterie sich besonders im sympathischen System lokalisiert. Er nennt die senile Hysterie »Hystérie douloureuse à manifestations splanchniques«. In zwei Fällen hatten Frauen nach der Menopause äußerst heftige Krampfanfälle im Unterleib von der Art der Wehen mit Blutabgang. Diese Anfälle wiederholten sich gewöhnlich und hörten schließlich auf. Organische Ursachen waren, wie auch in den folgenden Dingen, nach der Versicherung des Autors ausgeschlossen (ich vermisse allerdings Sektionsberichte). Der Autor gibt noch an als hysterische Symptome, die für uns von Interesse sind: Brennen beim Urinieren, aufgetriebenen Leib, Dyspnoe Angina pectoris hysterica und nicht zuletzt Schmerzen, die weder durch die gewöhnlichen Arzneimittel, z. B. Morphium, noch durch Zureden sich beseitigen lassen (das sind außer denjenigen im Sympathicusgebiet z. B. heftige Schulterschmerzen). Sehe ich ab von der Dyspnoe und Angina pectoris, die doch immerhin in unserem Fall eine organische Grundlage haben könnten, wenn auch das Aufhören des Stechens in der Herzgegend

nach Trinken von Flüssigkeit recht auffällig ist, so darf ich doch wohl jenen wehenartigen Krampf um den Nabel mit Genitalbluten, d. i. Uteruskrisen, und das Urethralbrennen, sowie die Kreuzschmerzen (die analog den Schulterschmerzen in dem Casus des französischen Autors sind) in Parallele setzen mit den Befunden des de Fleury, wobei ich noch hervorheben möchte, daß diese Manifestation im Sympaticus in den Vordergrund trat, als die Hemianästhesie schwand. Wenn wirklich de Fleury recht hat mit seiner Deutung jener Symptome als durch Hysterie bedingt, was mir wenigstens durchaus plausibel scheint, so würde sich auch unser Fall in die Gruppe der senilen Hysterie im Sinne von de Fleury einreihen lassen. Jedenfalls wäre es sehr interessant, wenn dieses Krankheitsbild durch weitere Fälle womöglich mit Sektionsprotokollen bekräftigt würde.

Meinen Dank darf ich an dieser Stelle abstatten Herrn Prof. May für die Überlassung des Falles und Herrn Dr. Hüttenbach für die Unterweisung bei der Bearbeitung.

# Literatur.

Oppenheim, Einiges über die Kombination funkt. Neurosen. Neur. Zentralbl. 1890.

Determann, Zur Kenntnis der Überlagerung organischer Nervenerkrankung durch Hysterie. Neur. Zentralbl. 1897.

Schönborn, Ein Beitrag zur Frage der Kombination organischer Nervenerkrankung mit sogenannten funkt. Neurosen.

Souques, Etudes des Syndromes hystériques simulateurs.

Meyer, Hysterie nach Trauma, kombiniert mit organischer Erkrankung des Nervensystems. Berliner klin. Wochenschr. 1902, 31.

v. Frankl-Hochwart, Kombination peripherer Lähmung durch Hysterie. Wiener med. Presse 1896, 52.

Pik, Ein Fall von hysterischer Parese, kombiniert mit einer durch organische Läsion bedingten Lähmung derselben Nerven. Wiener med. Presse 1895, 42.

Erb, Syringo myelie — Dystrophia muscularis — Hysterie. Neur. Zentralbl. 1893, Bd. 12.

Chabbert, Paralysie agitante et hystérie. Archives de Neurol. T. XXV, 1893.

Hüttenbach, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 30, 1906.

Nonne, Pseudopast. Parese mit Tremor nach Trauma. Neur. Zentralbl. 1896/98.

Fürstner, Über Pseudospast. Parese mit Tremor. Neur. Zentralbl. 1896.

C. Diekmann, Zur Symptomatologie einiger hysterischer Bewegungsstörungen. Inaug.-Diss., Breslau 1909. Ref. im Neur. Zentralbl. 11, 1910 (darunter ein Fall von Hemipl. Hysterie).

Oppenheim, Lehrbuch der Nervenheilkunde.

Binswanger, Hysterie in Notnagels spezieller Pathologie und Therapie, Bd. 12, Hälfte 1, Abt. 2.

Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie.

Möbius, Psychiatrie.

Breuer und Freud, Studien über Hysterie.

Freud, Neurosenlehre.

Forel, Hypnotismus.

Mering-Krehl, Lehrbuch der inneren Medizin.

J. Crocq fils et G. Marlow, Ein Fall von hysterischer Apoplexie. Journ. de Neurol. 1898, Nr. 9. Ref. im Neur. Zentralbl. 1899, Bd. 1.

# Lebenslauf.

Geboren wurde ich am 20. Februar 1887 in Bahn i. Pommern als zweiter Sohn des prakt. Arztes Dr. Emil Bochynek und seiner Ehefrau Anna Freyschmidt. Getauft wurde ich in der evangelischen Kirche auf die Vornamen Alfred Walter. Den ersten Unterricht erhielt ich privatim von einem Volksschullehrer meines Heimatsortes Bahn. Mit 9 Jahren — Ostern 1896 — kam ich auf das Stadtgymnasium in Stettin, wo ich noch ein Halbjahr die Septima besuchte. September 1905 erhielt ich das Zeugnis der Reife. Ich widmete mich sodann dem Studium der Medizin; zuerst 2 Semester in München, dann 3 Semester in Freiburg, wo ich am 4. März 1908 die Vorprüfung bestand. Darauf war ich je 1 Semester in Kiel, Leipzig, Bonn und schließlich 2 Semester in München, wo ich am 1. Dezember 1910 die ärztliche Prüfung bestanden habe.